

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	26. april 2018

SAK NR 045-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 19. april 2018

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

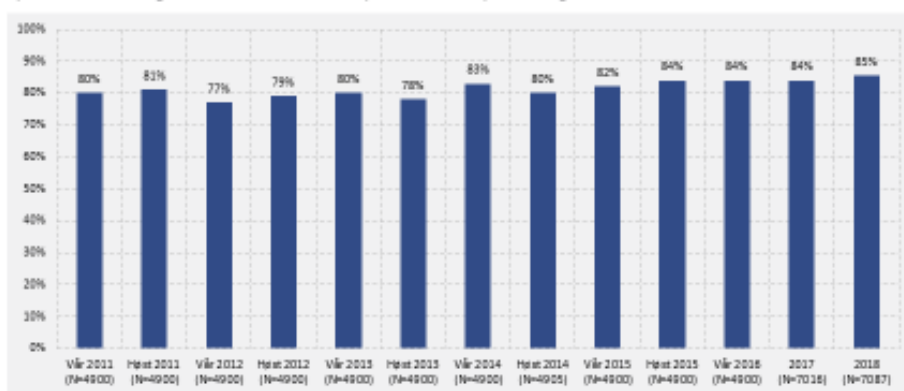
1. Omdømmemåling våren 2018

Foretaksgruppens omdømmemåling ble gjennomført i mars 2018 og viser at de gode resultatene fra forrige måling holder seg.

85 prosent svarer at de har stor eller ganske stor tiltro til at de vil få den behandlingen de trenger hvis de skulle få behov for sykehusbehandling. Dette er den høyeste andelen som er registrert siden målingene startet i 2011.

TILTRO TIL Å FÅ NØDVENDIG BEHANDLING – UTVIKLING OVER TID

Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling? Har du... / Andel som har meget stor eller ganske stor tiltro til at de får den nødvendige sykehusbehandlingen dersom de skulle bli syk eller skadet / Utvikling over tid

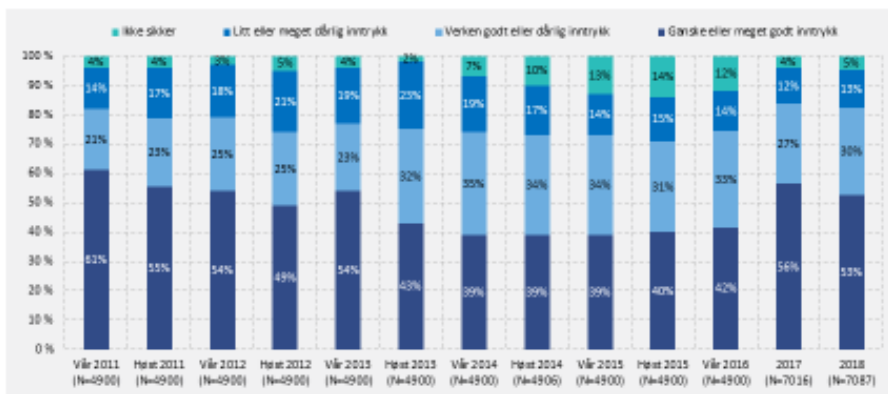


På spørsmål om hvor fornøyd publikum er med det samlede sykehus tilbudet der de bor, svarer 68 prosent at de er svært fornøyd eller ganske fornøyd. Dette er på linje med forrige måling.

53 prosent oppgir at de har et meget eller ganske godt inntrykk av det regionale helseforetaket. Det er noe lavere enn året før, mens andelen som verken har et godt eller dårlig inntrykk har økt tilsvarende (se figur under).

INNTRYKK AV HELSE SØR-ØST RHF – UTVIKLING OVER TID

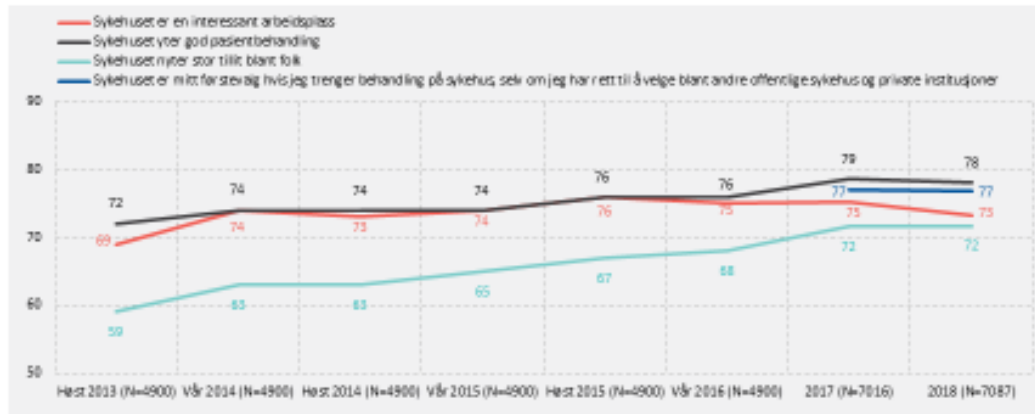
Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sør-Øst-Norge? / Utvikling over tid



De som intervjues blir også bedt om å ta stilling til fire påstander om forhold ved sykehuset der de bor. Resultatet viser en særlig positiv utvikling for tilslutning til påstanden om at «sykehuset nyter stor tillit blant folk» (se figur under).

RESPONDENTENES VURDERING AV ULIKE PÅSTANDER OM SYKEHUSET DER DE BOR – FRAMSTILLING AV DE 4 MÅLTE PÅSTANDER – UTVIKLING OVER TID

Vennligst ta stilling til følgende påstander om sykehuset i området der du bor ved å svare på følgende skala: helt enig, ganske enig, verken enig eller uenig, ganske uenig og helt uenig ... / Utvikling over tid



*Alle baser frem vist er totale baser etter som alle 200 score baser vurderer fra spørsmål til spørsmål. Score er i tillegg med tidligere målinger beregnet uten avrøstet avset måle sikkerhetsliggende avset.
Påstanden «Sykehuset er mitt førstevalg hvis jeg trenger behandling på sykehus, selv om jeg har rett til å velge blant andre offentlige sykehus og private institusjoner» ble for første gang målt i 2017.

Resultater over tid for ulike påstander på en skala fra 0 til 100, der 0 er «helt uenig» og 100 er «helt enig».

Epinion AS gjennomfører undersøkelsen årlig på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Cirka 1 000 personer i hvert sykehusområde, til sammen 7 000 personer i Helse Sør-Øst, blir intervjuet på telefon. Det er lagt vekt på at svarene best mulig skal kunne sammenlignes med tidligere undersøkelser.

2. Gjennomgang av IKT-porteføljen

Som styret er blitt informert om pågår det en gjennomgang av IKT-porteføljen (Digital fornying) i Helse Sør-Øst. Dette arbeidet er nå i slutfasen.

Hensikten med gjennomgangen er få et grunnlag for å vurdere nødvendige endringer for å oppnå:

- Redusert risiko og kompleksitet i IKT-porteføljen
- En bedre forankring av beslutninger og gjennomføring av IKT-prosjektene
- En bedre organisering og styring av IKT-porteføljen

Basert på hovedobservasjonene fra gjennomgangen og forslag til tiltak som er fremkommet, pågår det en prosess for å kunne konkludere på hvilke endringer og tilpasninger som bør gjøres i IKT-porteføljen, inkludert organisering og styring. De administrerende direktørene i helseforetakene, konserntillitsvalgte og brukerutvalget er involvert i denne prosessen.

Administrerende direktør forventer å kunne iverksette ønskede endringer før sommeren.

3. Anskaffelse av somatiske helsetjenester

Det er gjennomført en anskaffelsesprosess innen somatiske spesialisthelsetjenester som omtalt i styresak 101-2017.

To leverandører ble vurdert som ikke kvalifisert til å delta i konkurransen grunnet manglende oppfyllelse av kvalifikasjonskrav og tre andre leverandører fikk hele eller deler av tilbudet avvist, grunnet manglende oppfyllelse av kvalitetskrav. Det ble fremsatt klager på avvisninger. Disse ble behandlet av juridisk avdeling i Sykehusinnkjøp og juridisk avdeling i Helse Sør-Øst RHF. En klage ble tatt til følge slik at tilbyder (Oslo Ortopedisenter) likevel ble tatt inn i evalueringen. Dette fikk ikke konsekvenser for selve tildelingen.

Anskaffelsen innen somatiske spesialisthelsetjenester har en årlig økonomisk ramme på omlag 72 mill. kroner og omfatter færre undergrupper innenfor hvert fagområde enn tidligere og mindre omfattende kirurgi. I motsetning til tidligere er det nå ingen økonomisk begrensning for hvor mye avrop helseforetakene kan gjøre, ettersom de nå faktureres for dette fra leverandøren.

Det er sendt tilbudsbrev til de aktuelle leverandørene (Aleris Helse AS, IbsenSykehusene AS, Volvat Medisinske senter AS og LHL). Avtalene vil først bli signert etter utløp av karenstiden.

Tabellen under viser hvilke behandlingstilbud som kjøpes gjennom de nye avtalene.

Hovedgrupper		Ny avtale
1	Generell kirurgi	Varicer
2	Ortopedi	Hånd og fot
3	Plastikk	Diverse hud
4	Øre-nese-hals	Nese og bihuler
5	Øye	Injeksjoner
6	Søvn	Utredning og behandling

4. Revidert tuberkulosekontrollprogram

Tuberkulosekontrollprogram for Helse Sør-Øst for perioden 2013-2017 er nå revidert for en ny tidsperiode, fra 2018 til 2022.

Programmet er hjemlet i Smittevernlovens § 7-3 og Tuberkuloseforskriftens § 4-3 og er en del av den regionale smittevernplanen for Helse Sør-Øst. Programmet skal sikre befolkningen en god og effektiv forebygging, diagnostisering og behandling av sykdommen.

Kommunehelsetjenesten har ansvar for smitteoppsporing, men det er helseforetakene i regionen som har ansvar for og skal legge til rette for diagnostikk med røntgen og egnede rom for annen prøvetakning. I tillegg skal helseforetakene motta og følge opp henvisninger fra eget opptaksområde og sikre rutiner for varsling og epikriseoverføring fra helseforetaket til kommuner eller annet helseforetak når en tuberkulosepasient flytter.

Helse Sør-Øst RHF vil legge det reviderte tuberkulosekontrollprogrammet til grunn for helseforetakenes videre arbeid med forebygging og behandling av tuberkulose i regionen.

5. HPV-testing

Styret har tidligere behandlet sak om valg av laboratorier som skal ha ansvar for HPV-testing (sak nr. 085-2017). Beslutningen ble fattet etter en prosess som ble initiert på bakgrunn av henvendelse fra Helsedirektoratet i brev av 27.01.15, hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å beslutte hvilke laboratorier som skal ha ansvar for HPV-testing innen utgangen av mai 2015. Helsedirektoratet stilte videre krav om at færre laboratorier skulle gjennomføre slik testing, slik at det enkelte laboratorium ville oppfylle krav til volum og kvalitet.

Styret besluttet i saken at det er laboratoriene ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF som skal foreta HPV-testing i forbindelse med innføring av primærskanning av HPV-test for livmorhalskreft. HPV-test vil for denne gruppen erstatte celleprøve fra livmorhalsen. Styret var ved sin behandling av saken opptatt av at de aktuelle helseforetak skulle gå i dialog med laboratoriene som skal avvikle denne virksomheten, for å sikre at overgangen kan gjennomføres på en forsvarlig måte. Det ble fattet eget vedtakspunkt om dette.

Etter styrevedtaket ble det fattet er det utpekt en regional koordinator ved Sykehuset Østfold som leder arbeidet med en rapport som omhandler mulig implementeringsløp for sentralisering av HPV-diagnostikk til de tre valgte helseforetakene. Denne rapporten er planlagt ferdigstilt i juni 2018.

Helsedirektoratet formidlet i brev av 01.02.2018 at innføringsperioden utvides til utgangen av 2022. Det er videre et krav om at innføringen skal skje randomisert i et samarbeid med Krefregisteret. Grunnet utvidelsen av innføringsperioden og arbeid med å etablere tekniske løsninger for å overføre historiske data om tidligere tester, har Helse Sør-Øst RHF bedt laboratoriene i helseforetakene opprettholde sitt eksisterende testtilbud inntil videre. Dette til styrets orientering.

Styret vil holdes orientert om implementeringsløpet.

6. Overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune til Sykehuset Østfold

Det vises til tidligere orienteringer angående overføringen av ansvaret for spesialist-helsetjenestene for befolkningen i Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold HF fra 2. mai 2018, jf også vedtak i styresak 051-2016 hvor administrerende direktør ble gitt fullmakt til å fastsette endelig tidspunkt for overføringen.

Helse Sør-Øst RHF har fra styremøte i Sykehuset Østfold 9. april 2018 fått oversendt følgende styrevedtak i sak nr. 20-18 *Mottak av pasienter fra Vestby kommune – status på tiltaksplan:*

1. *Styret tar redegjørelsen om status på tiltaksplanen til orientering.*
2. *Styret anbefaler at overtakelse av pasienter fra Vestby kommune innenfor psykisk helsevern og rus overføres 2. mai 2018 som planlagt. Styret anbefaler at overføringen av pasienter innen somatikk utsettes til 1. september 2018, slik at implementering av tiltakene i mottaksplanen får tilstrekkelig effekt.*
3. *Anbefalingen oversendes Helse Sør-Øst for endelig beslutning.*

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har 12. april 2018 gjennomført et eget oppfølgingsmøte med de to administrerende direktørene i Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF for å ta endelig stilling til overføringstidspunktet.

De to helseforetakene hadde på forhånd utarbeidet en konsekvensvurdering av endret tidspunkt for overføringen som ble gjennomgått i møtet.

På bakgrunn av styrevedtak i Sykehuset Østfold HF og gjennomgangen i møtet har Helse Sør-Øst RHF besluttet følgende:

I perioden frem til 3. september 2018 vil somatiske pasienter fra Vestby kommune som trenger innleggelse som øyeblikkelig hjelp få tilbudet ivaretatt ved Akershus universitetssykehus. Dette gjelder innen indremedisin, kirurgi og ortopedi. Innen psykisk helsevern vil øyeblikkelig hjelp-pasienter få sitt spesialisthelsetjenestetilbud ved Sykehuset Østfold HF fra 2. mai 2018.

Øvrige tjenesteområder overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF i tråd med de planer som er lagt.

7. Sykehuset Innlandet HF - Idéfaseutredning for en framtidig sykehusstruktur

Idéfaseutredning for en framtidig sykehusstruktur i Innlandet er gjennomført av Sykehuset Innlandet og avsluttet høsten 2017. Styret i Sykehuset Innlandet ga i styresak 079-2017 sin tilslutning til et framtidig mål bilde hvor de vil utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritere desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikle prehospitaltjenester og samle tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akutt sykehus, kalt Mjøssykehuset.

Sykehuset Innlandet oversendte i november 2017 idéfaserapporten til Helse Sør-Øst RHF i tråd med mandat gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF i styresak 066-2014.

Det regionale arbeidet med å saksbehandle idéfaseutredningen til Sykehuset Innlandet skal innrettes etter føringer som fremgår av lovverk, nasjonal helse- og sykehusplan, tidligfaseveileder for sykehusbygg og andre relevante retningslinjer.

Høsten 2017 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF en revidert veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, jf styresak 088-2017. I vedtaket heter det at revidert veileder skal tas i bruk fra nærmest påfølgende faseovergang. Idéfase er erstattet med prosjektinnramming i revidert veileder, og utredningen for framtidig sykehusstruktur ved Sykehuset Innlandet er nå ved beslutningspunkt 2 (B2) og beslutningspunkt lokalisering (BL). Det innebærer godkjenning av mandat (B2) for konseptfase og valg av lokalisering (BL).

Sykehuset Innlandet anbefaler i styresak 079-2017 at følgende alternativer utredes i konseptfasen i tillegg til nullalternativet: *«Mjøssykehuset dimensjonert for å behandle pasienter innenfor de fagområder og lokalsykehusfunksjoner som beskrevet i saksutredningen. I tillegg til dimensjoneringen av Mjøssykehuset skal det i Sykehuset Innlandet utredes behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen.»*

Alternativer som medfører en endring i eksisterende sykehusstruktur vil kunne innebære valg av ny lokalisering og eventuelt nedleggelse av enkeltsykehus eller flytting av akuttfunksjoner. i Sykehuset Innlandet. Helse Sør-Øst RHF må forelegge slike endringer i foretaksmøtet for Helse- og omsorgsdepartementet, jf helseforetaksloven § 30.

Det er behov for et arbeid i regi av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF for å vurdere innholdet i idéfaserapporten med tilhørende styrevedtak i Sykehuset Innlandet, samt de forhold som vedtaket i Sykehuset Innlandet HF peker på at må utredes videre. Arbeidet må inneholde en særskilt vurdering av virksomhet og funksjoner i gjenværende sykehus som ikke vil inngå i en eventuell samlokalisering opp mot føringene i nasjonal helse- og sykehusplan. I tillegg skal lokalisering vurderes i henhold til tidligfaseveileder. Formålet med arbeidet er forsvarlig saksbehandling av idéfaseutredningen slik at administrerende direktør kan legge frem sin innstilling til styret i Helse Sør-Øst RHF. Konserntillitsvalgte og brukerutvalg skal orienteres gjennom prosessen.

I samarbeid med Sykehuset Innlandet HF arbeides det med et mandat for dette arbeidet. Styret vil bli holdt orientert om fremdriften i arbeidet.

8. Skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av helse- og omsorgsministeren

Siden siste styremøte er følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av Helse- og omsorgsministeren:

Skriftlig spørsmål fra Siv Henriette Jacobsen (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1369 (2017-2018)

Innlevert: 17.04.2018 Sendt: 18.04.2018

Til behandling

Spørsmål

Siv Henriette Jacobsen (A): Sykehusbygg, Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst vil foreta en større evaluering av Sykehuset Østfold for å ta lærdom av prosjektet med tanke på nye utbyggingsprosjekter i sykehussektoren. Dersom evalueringen får konsekvenser for dimensjonering av for eksempel belegg og akuttmottak på Drammen sykehus, burde den ikke få konsekvenser for sykehuset Østfold ved Kalnes. Hvilke konsekvenser vil evalueringen konkret få for sykehuset Østfold ved Kalnes?

Begrunnelse

Erfaringene så langt gir grunn til å tro at sykehuset Østfold ved Kalnes er bygget med for høyt belegg og at akuttmottaket er for lite. I tillegg gir modellen som kun er basert på enerom for liten fleksibilitet.

Dersom den endelige evalueringen bekrefter dette, så bør det ikke bare få konsekvenser for andre nye sykehus, men ikke minst burde det få konsekvenser for sykehuset Østfold ved Kalnes.

Siden åpningen i 2015 har antallet korridorpasienter på sykehuset Østfold Kalnes doblet seg fra år til år og antallet pasienter på sykehuset har totalt økt med 10 prosent. Samtidig har man ikke fått ut pasienter fra akuttmottaket slik som det var forutsatt. Fra september vil sykehuset også motta alle pasienter fra Vestby kommune.

De fleste pasienter rapporterer om en god opplevelse på sykehuset på Kalnes, men presset på sykehuset er for stort og akuttmottaket er blitt for lite. Mens antallet korridorpasienter nasjonalt går ned, doubler det seg på Kalnes fra år til år. I 2017 var antallet korridorpasienter på sykehuset hele 3860.

Kommunene i Østfold tar et stort ansvar for de utskrivningsklare pasientene, og det får de også skryt for. Samtidig oppleves styret i Sykehuset Østfold og sykehuset selv som proaktive og tar løpende grep for å håndtere situasjonen både for å forebygge innlegging og redusere pasientenes liggetid.

Det er ekstra trist at antallet korridorpasienter på Kalnes går opp når det er mot trenden i nasjonen for øvrig siden Kalnes er et nytt sykehus. Det er ikke bygd for korridorpasienter. Korridorene er ekstra smale og toalettforholdene for de på gangen er dårlige.

Antall korridorpasienter er et uttrykk for det presset sykehuset er under. Dette er et press som bare vil øke i tiden fremover. I tillegg til at antall pasienter totalt har økt med 10 prosent på to år. I tillegg til at sykehuset får overført alle pasientene fra Vestby kommune, så øker også befolkningen i Østfold også dramatisk. For hvert femte år vil det komme like mange nye pasienter som det nå kommer fra Vestby.

Det er grunn til å minne om at styret ved sykehuset opprinnelig arbeidet for å kunne bygge et større sykehus basert på forventet behov, men at de ble gitt en absolutt ramme for prosjektet og søkte midler i tråd med dette.

Selv om sykehusene styres etter en foretaksmodell kan det ikke være slik at Regjeringen kan fraskrive seg alt politisk ansvar. Statsråd Høie må være aktiv og følge opp situasjonen nøye slik at sykehuset kan fungere etter hensikten. Evalueringen av byggeprosjektet må også få konsekvenser for Kalnes.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1308 (2017-2018) Innlevert: 10.04.2018

Sendt: 11.04.2018

Besvart: 18.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Er statsråden enig i at den økonomiske situasjonen ved Sørlandet sykehus viser at det er behov for å øke rammene til spesialisthelsetjenesten eller mener han sykehuset selv er skyld i sin anstrengte økonomi, og er det aktuelt å se på inntektsfordelingen internt i Helse Sør-Øst, for å sikre at man i tilstrekkelig grad tar høyde for de føringene nasjonal helse- og sykehusplan gir vedrørende videreføring av ulike lokasjoner for sykehusdrift med sine akuttfunksjoner, slik som ved Sørlandet sykehus?

Begrunnelse

Fædrelandsvennen viste i et oppslag 10.april til at behovet for kutt i driften ved Sørlandet sykehus ser ut til å stige fra 200 til 300 millioner. Det advares mot en «lite bærekraftig økonomi».

I nasjonal helse- og sykehusplan slås det fast at det skal være tre sykehus i Agder, alle med akuttfunksjoner. Skal man klare å fylle alle tre sykehusene med et godt innhold med moderne utstyr og i funksjonelle bygg, krever det et økonomisk handlingsrom.

Regjeringen med støtte fra KrF har i sitt statsbudsjett for 2018 lagt opp til at sykehusene får en vesentlig strammere økonomi, enn hva Arbeiderpartiets alternative budsjett la opp til.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF skal innen desember 2018 ferdigstille Regional utviklingsplan 2035 i tråd med føringer og mål fra Nasjonal helse- og sykehusplan. Den regionale utviklingsplanen skal presentere framskrivninger og kapasitetsbehov. Den skal også konkretisere strategiske mål og tilhørende tiltak som kan legge grunnlag for en bærekraftig helsetjeneste fram mot 2035. Planen skal sammenfatte helseforetakenes utviklingsplaner og kvalitetssikre dem opp mot regionens "sørge for"-ansvar og kapasitetsbehov. Regional utviklingsplan skal sendes til Helse- og omsorgsdepartementet innen utgangen av 2018. Utviklingsplanene til de fire regionale helseforetakene vil utgjøre et viktig bidrag i arbeidet med neste nasjonale helse- og sykehusplan. Oppdraget om regionale utviklingsplaner ble gitt i felles foretaksmøte 10. januar 2017. I foretaksmøte med de regionale helseforetakene 24. april 2017 ble

akuttfunksjonene ved Flekkefjord sykehus avklart, for å sikre ro rundt det videre arbeidet med utviklingsplanen for Sørlandet sykehus.

Et enstemmig styre ved Sørlandet Sykehus HF vedtok administrasjonens forslag til utviklingsplan 2035 2. april 2018. Dette viser etter min mening at det er gjort et godt arbeid med å få en felles forståelse av de utfordringene helseforetaket står overfor, og i hvilken retning man skal gå for å møte de fremtidige utfordringene.

Jeg legger til grunn at Sørlandet sykehus HF i likhet med andre helseforetak baserer seg på de føringer som er gitt når det gjelder sykehusstruktur. Samtidig er jeg kjent med at situasjonen oppleves som krevende for helseforetaket, og at det er utfordrende å skape økonomisk handlingsrom for å kunne gjennomføre planlagte investeringer og vedlikehold.

De regionale helseforetakene har utviklet egne inntektsmodeller som ligner på modellen fra staten til de fire helseregionene. Formålet med inntektsmodellene er å legge til rette for et likeverdig tilbud. Det er opp til de regionale helseforetakene å bestemme hvordan midlene fra staten skal fordeles til det enkelte helseforetak.

Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst fordeler inntekter etter objektive kriterier som skal reflektere det relative ressursbehovet mellom sykehusområdene i regionen. Kriteriene er basert på alderssammensetning og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen. Inntektsmodellen har også en komponent der helseforetakene kompenseres for kostnader de selv ikke rår over, eller særegne kostnader ved enkelte foretak.

Helse Sør-Øst RHF har over tid og i nært samarbeid med ledelse og fagressurser i helseforetakene utviklet inntektsmodellen for regionen. Etter hvert som Helse Sør-Øst RHF har sett hvordan de forskjellige delene av modellen har fungert, er det høstet erfaringer og foretatt justeringer i modellen. I 2017 satte Helse Sør-Øst RHF ned et prosjekt for å se på videreutvikling av inntektsmodellen. Prosjektet ledes av ekstern prosjektleder fra Universitetet i Oslo og inkluderer representanter fra alle helseforetakene i regionen, tillitsvalgte, brukere etc. Helse Sør-Øst opplyser at ett av forholdene som vurderes, er om nasjonal helse- og sykehusplan gir grunnlag for å innføre en egen strukturkomponent i inntektsmodellen knyttet til små akutt sykehus, lange reiseavstander mv.

Denne regjeringen har sørget for at sektoren hvert år har fått en vekst i budsjettet. I perioden 2014 til 2018 har den samlede veksten i bevilgningene til de regionale helseforetakene vært på 10 400 mill. kroner. Dersom inntektsfordelingsmodellen legges til grunn, kan det anslås at veksten i Helse Sør-Øst har vært på om lag 5 600 mill. kroner i samme periode.

I budsjettet for 2018 er det lagt opp til om lag 2 pst. vekst i pasientbehandlingen. Dette er mer enn det som kreves for å håndtere den demografiske utviklingen, og legger til rette for en videre god utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helseministeren

Dokument nr. 15:1306 (2017-2018)

Innlevert: 10.04.2018 Sendt: 11.04.2018

Besvart: 18.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): Det har vært flere saker der sykehus er blitt bygget for små til å dekke befolkningen de skal dekke på en skikkelig måte. Herunder Kalnes og Ahus. Nå skal nye Aker og Gaustad sykehus bygges i Oslo, og helseforetaket vil legge ned Ullevål. Sv er bekymret for kapasiteten. Hva ligger til grunn for beregningene av sykehusstørrelse og befolkningens behov?

Begrunnelse

Vi vil gjerne ha denne informasjonen, og eventuell annen informasjon som kan være relevant:

- De konkrete formlene som brukes i utregningene.
- Planlagt liggetid for forskjellige typer pasienter og den eventuelle forskjellen fra gjennomsnittlig liggetid på sykehus i dag. Og begrunnelse for eventuell forskjell.
- Befolkningsframskrivingene som legges til grunn.

- Beregnet andel av befolkningen som vil trenge hjelp i sykehusene, og begrunnelse for eventuelt avvik fra dagens situasjon.
- Om det er planlagt med underkapasitet vil vi gjerne høre om eventuelle planlagte kompensierende tiltak.
- Annen informasjon for at vi fra Stortinget skal kunne kvalitetssikre at behovet for kapasitet blir dekket i årene framover.

Svar

Bent Høie: Det er utarbeidet en "Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus". Målet er at sykehusene skal ha et felles verktøy for å gjøre beregninger. Modellen benyttes til å beregne framtidig aktivitet, kapasitet og ressursbruk som en del av sykehusenes arbeid med utviklingsplaner, samt for dimensjonering av nye sykehus. Modellen er beskrevet på: <http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/Beskrivelse-av-Fremskrivingsmodellen-des-2014.pdf>.

Modellen tar utgangspunkt i kvantitative størrelser. Først gjennomføres det rene demografiske fremskrivninger hvor data fra dagens aktivitetsnivå i opptaksområdet hentes inn fra Norsk Pasientregister. Disse dataene kobles til befolkningsprognoser fra SSB fra basisåret til det valgte fremskrivningstidspunktet.

Deretter gjennomføres det kvalitative vurderinger for å fange opp utviklingstrekk ut over rene demografiske fremskrivninger. Dette gjelder f. eks sykdomsutvikling, medisinteknologisk utvikling, pasientforventninger, forventet omstilling til dagbehandling og anvendelse av observasjonssenger og pasienthotell. Forventet liggetid er også avgjørende, da dette avgjør behovet for senger. Liggetiden i norske sykehus går ned som følge av endringer i medisinsk teknologi, metoder, prosedyrer og overgang til dagkirurgi. Det gjennomføres også beregninger av behov for areal til medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner mv., som ofte beregnes med basis i personalbehov, areal til utstyr mv.

Resultatene av fremskrivingen kobles med data og forutsetninger om utnyttelsesgrader og brukstider, for eksempel åpningstid på poliklinikkene. Dette kobles igjen med arealstandarder for rom som gir grunnlag for å dimensjonere samlede arealer.

Vi kan ikke generelt si at dagens sykehus bygges for små. Det er gjort en rekke investeringer i nye sykehusbygg i store deler av landet. Det er mange ulike forhold som påvirker både etterspørsel og kapasiteten i det nye sykehuset, og disse vil variere over tid. Erfaringene fra de siste sykehusprosjektene viser at det tar tid før driften tilpasses nye sykehuskonsepter.

Alle sykehusprosjekter blir evaluert etter at de er tatt i bruk for å gi lærdom til framtidige prosjekter. Det arbeides nå med en felles veileder for dette arbeidet. Jeg vil også legge til at grunnlaget for dimensjonering av de enkelte sykehus er grundig dokumentert i hovedfunksjonsprogrammet/hovedprogram for de enkelte sykehusprosjekter, hvor det redegjøres for alle parametere som inngår i beregningen. Dette er offentlig tilgjengelige dokumenter som kan hentes fra nettet og som følger beslutningsprosessen for det enkelte sykehusprosjekt.

Skriftlig spørsmål fra Olaug V. Bollestad (KrF) til helseministeren

Dokument nr. 15:1267 (2017-2018)

Innlevert: 05.04.2018 Sendt: 06.04.2018

Besvart: 18.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Vil statsråden medvirke til at kreftomsorgstilbudet Maggie`s blir etablert i tråd med de enstemmige budsjettmerknader i Helse og Omsorgskomiteen, og i første omgang i tilknytning til Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet?

Begrunnelse

Det er politisk enighet om at det er et stort behov for tilrettelagt omsorgstilbud for kreftpasienter og pårørende under hele kreftforløpet både før, under og etter behandlingen. Behovet er stort for kvalifiserte tilbud. Maggies Cancer Care senteret er et velprøvd, bredspektret tilbud som er utviklet av fagmiljøer i Storbritannia gjennom vel 20 år. Tilbudet er gratis og skal etableres i egne spesialbygde hus i nærheten av

sykehuset. Barn og voksne, pårørende og pasienter skal her få faglig støtte og hjelp. Hjelp som er lett tilgjengelig og på den enkeltes premisser, for bedre å kunne mestre en vanskelig hverdag.

Tilbudet er bredt og inkluderer samtaler, psykososial støtte, forberedelser til behandling og rådgivning knyttet til økonomi, kosthold, samliv med mer. Personalet består vanligvis av psykologer, sosionomer, kreftsykepleiere og terapeuter. Maggie`s har nært samarbeid med sykehuset, uten å vær en del av den kliniske behandlingen, noe som gjør at senteret har en rolle som et faglig supplerende pasienttilbud utenfor, men i samarbeid med det offentlige tilbudet.

Maggies Cancer Caring Centres Norge ønsker å opprette et slikt tilbud i Norge. En samlet komite har ønsket tilbudet velkommen, Maggie`s Norge har arbeidet i flere år med å etablere et senter blant annet innenfor OUS, men lite skjer, selv om budsjettmerknadene er tydelige.

Svar

Bent Høie: Jeg har merket meg helse- og omsorgskomiteens merknader i forbindelse med statsbudsjettet om Maggies.

Jeg vil også vise til at Regjeringen i Jeløya-plattformen har uttrykt at Regjeringen vil legge til rette for at det kan etableres omsorgssentre for kreftrammede og deres pårørende flere steder i Norge, som for eksempel Maggies-senter.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at det har vært flere møter med ledelsen i Maggies Norge angående etablering av et Maggies Cancer Caring Center ved Radiumhospitalet. Sist møte fant sted 16. mars i år mellom ledelse i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF og representanter for initiativet om et Maggies Cancer Caring Center. Oslo universitetssykehus HF (OUS) melder følgende om status: «Det har vært jevnlig kontakt med representanter for «Maggies Norge» som ønsker å etablere et Maggies Cancer Caring Center i Norge. Plassering både i Gaustadområdet og ved Radiumhospitalet har vært diskutert med Oslo universitetssykehus (OUS), og representantene har også vært i møte med Plan- og bygningsetaten (PBE) i Oslo kommune flere ganger. PBE har konkludert med at siden OUS planlegger store endringer i bygningsmasse både på Gaustad og Radiumhospitalet, må regulering av begge disse områdene gjennomføres før man kan vurdere om det er mulig å avstå tomt til et Maggies senter. På Radiumhospitalet skal det nå gjennomføres to viktige og store byggeprosjekter som vil kreve riggplass i byggeperioden. I tillegg er tomten relativt kompakt og det er derfor viktig at reguleringsarbeid og byggearbeid er ferdigstilt før man evt kan starte på bygging av et Maggies senter. Dette er meddelt representanter fra Maggies senter i flere møter, senest 16. mars 2018. Representantene for Maggies har presentert forslag til intensjonsavtaler, men man har så langt ikke inngått dette. Det er nå avtalt videre dialog senere denne våren i etterkant av møte med Kreftforeningen og avklaringer med Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark knyttet til deres planlegging av en fjerde lamell på Radiumhospitalet/Montebello. Ved både OUS Radiumhospitalet og ved OUS Ullevål er det tilbake i tid etablert Vardesentre i samarbeid med Kreftforeningen. I tillegg har vel Vardesentrene delvis fått finansiering over statsbudsjettet. De ansatte i Vardesentrene ved OUS er ansatt i OUS. Dette er viktig ift personvern, journalføring osv. OUS har i tillegg nylig etablert et relativt stort rehabiliteringssenter for pasienter med kreft på Aker sykehus. Aktiv mot kreft har i tillegg finansiert Pusterom både ved Ullevål og ved Radiumhospitalet.

I tillegg til tomtespørsmålet hvor Maggies ønsker å få stilt en tomt gratis til disposisjon og hvor statsstøtteproblematikk vil kunne komme inn i bildet, er det også andre problemstillinger som må utredes. Dette er spørsmål om ansvar for OUS ved ev. etablering av et slikt frittstående senter på OUS sin eiendom, personvernspørsmål, journalspørsmål, erstatningsansvar ved feilbehandling eller feil råd, medlemskap i NPE osv. som har medført at OUS har valgt å utrede disse forholdene juridisk i en egen rapport. Maggie`s har fått advokatfirmaet Selmer til å vurdere de juridiske aspektene OUS har pekt på og i all hovedsak sammenfaller Selmers vurdering med OUS sitt syn, dvs. Maggies må ta konsekvensene av innholdet i relevant lovverk og legge opp til en drift som ivaretar pasientene rettssikkerhet osv."

OUS opplyser videre at de ikke er kjent med at det foreløpig er etablert Maggies senter utenfor Storbritannia, men det har vært kontakt med sykehus i Nederland i lengre tid.

Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF opplyser at de ikke har hatt noen kontakt med stiftelsen Maggies.

Helse Vest RHF opplyser at Helse Bergen har fått en henvendelse om muligheten for etablering av Maggies på området til Haukeland universitetssykehus. Denne henvendelsen ble besvart i brev av 13.2.2017, hvor Helse Bergen skriver at de ikke finner det riktig å legge til rette for etablering av ytterligere et tilbud til den samme pasientgruppa som allerede har et tilbud gjennom helseforetaket, kommunene, det

oppbygde nettverket og Vardesenteret, og som derfor avslår henvendelse fra Maggies om mulighet for å disponere en av foretakets tomter. Det blir også vist til at Helse Bergen har et svært begrenset tomteareal til disposisjon.

Helse Vest opplyser at Maggiestiftelsen videre har hatt kontakt med Helse Stavanger, hvor de har ønsket å etablere et senter på tomten for det nye sykehusbygget på Ullandhaug i Stavanger. Helse Stavanger har i utgangspunktet ikke ønsket senteret i direkte tilknytning til sykehuset, men er i en situasjon hvor tomtegrunnen rundt nytt sykehus på Ullandhaug i Stavanger eies av Rogaland fylkeskommune og Stavanger kommune, slik at et senter kan bygges om eierne avgir tomt til dette. Helse Stavanger har innhentet informasjon, og deltatt på en tur til Aberdeen, sammen med lokale politikere og flere, for å se på et senter. Det er ikke undertegnet noen avtale om samarbeid. Helse Vest RHF deltok på et møte med Stavanger kommune og Maggiesstiftelsen 22. mars 2017. På møtet deltok det representanter fra Stavanger kommune, Rogaland fylkeskommune, Greater Stavanger og Kreftomsorg Rogaland. Det ble gitt en orientering fra stiftelsen. Kommune og fylkeskommune stilte seg positive til en videre prosess. Helse Vest uttrykte at initiativ med tilbud om støtte til pasienter og pårørende generelt er av det gode og at de, også på generelt grunnlag, var mindre sikre på å legge slike sentre tett opp til sykehusene (gitt bl.a. behov og hensynet til andre tilbud og andre pasientgrupper). Helse Vest henviste til Helse Stavanger for evt. videre samarbeid.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at det kan etableres omsorgssentre for kreftrammede og deres pårørende flere steder i Norge, som for eksempel Maggies-senter. Samtidig må slike etableringer tilpasses det øvrige tilbudet og aktiviteten ved sykehusene for øvrig og må vurderes av det enkelte helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge med på saken videre.

Skriftlig spørsmål fra Hadia Tajik (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1260 (2017-2018)

Innlevert: 05.04.2018 Sendt: 06.04.2018

Besvart: 13.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Hadia Tajik (A): Kor mykje koster det å administrere pasientreiser, brutt ned på kvar enkelt helseforetak?

Svar

Bent Høie: [Lenke til svaret med tabell i pdf-format](#)[Svaret finnes kun som pdf-fil]

Skriftlig spørsmål fra Lene Vågslid (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1237 (2017-2018)

Innlevert: 23.03.2018 Sendt: 23.03.2018

Besvart: 04.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Lene Vågslid (A): Når og på hvilken måte vil helseministeren følge opp rapport om kvalitet og basestruktur for luftambulansetjenesten i Norge?

Begrunnelse

Stortinget har bevilget 10 millioner kroner til prosjektering av en luftambulansbase i Innlandet. Det er ennå ikke bestemt om basen skal bygges. Stortinget har dessuten vedtatt å gjøre en helhetlig vurdering av kapasiteten og basestrukturen i hele luftambulansetjenesten i Norge. Rapporten er levert til helseministeren, men ennå ikke presentert for Stortinget.»

Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i mai 2016 i oppdrag å gjennomgå basestruktur for luftambulansen. Helse Sør-Øst RHF ble i oppdragsdokument for 2017 tildelt 10

mill. kroner til prosjektering av luftambulansebase Innlandet, jf. Innst. 11 S (2016–2017). I Oppdragsdokumentet 2017 til Helse Sør-Øst RHF framgår følgende: "Prosjektering av luftambulansebase i Innlandet må inngå som en del av de regionale helseforetakenes samlede gjennomgang av basestrukturen, jf. Innst. 11 S (2016–2017) om prosjektering av luftambulansebase i Innlandet. Gjennomgangen utgjør et beslutningsgrunnlag om luftambulansebase i Innlandet."

Jeg viser til mitt svar på spørsmål nr. 1214 til skriftlig besvarelse. I svaret framgår det at videre prosess for luftambulansebase Innlandet vil være avhengig av hvilke tilrådninger de regionale helseforetakene kommer med i gjennomgangen av basestruktur. Rapporten om gjennomgang av basestruktur skal behandles i de regionale helseforetakene i løpet av våren, før den oversendes til Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er riktig at Stortinget har bedt regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge, jf. vedtak nr. 545 (2015–2016), 17. mars 2016.

Dette er omtalt i Prop. 1 S (2017-2018), hvor det fremgår at regjeringen tidligst kan komme tilbake til Stortinget med sak om basestrukturen i 2018.

Skriftlig spørsmål fra Terje Aasland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1217 (2017-2018)

Innlevert: 21.03.2018 Sendt: 22.03.2018

Besvart: 04.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Terje Aasland (A): Landsforeningen for overvektige mener en ventetid opp mot 2-3 år er uakseptabelt! Dette er pasienter som ofte har smerteproblematikk knyttet til muskel og skjelett, mange har psykiske helseplager i form av depresjon. Begge diagnosene står høyt på lista over sykefraværsgrunner i arbeidslivet og koster samfunnet og den enkelte mye.

Er statsråden enig i at en ventetid på 2-3 år er uakseptabel og at ledig behandlingsskapasitet ved sykehuset Telemark bør utnyttes?

Begrunnelse

Det er pr idag ca. 80 000 personer på landsbasis som medisinsk sett oppfyller kravene til Bariatrisk kirurgi. Antall personer med sykelig overvekt er økende på landsbasis, og selv om andelen som er operert i det offentlige har vært stabilt de siste årene, har allikevel prosentandelen med fedme grad 1-3 økt med 30 % i løpet av de siste 10 årene.

Det er slik jeg forstår situasjonen fremdeles lange ventelister for behandling av sykelig overvekt flere plasser i landet hvor både Vestlandet og Nord Norge har over 52 ukers ventetid til operasjon etter at pasienten er ferdig utredet. 70% av de som foreløpig er henvist til Sykehuset Telemark er fra disse fylkene. Vi vet videre at ca 2 000 personer hvert år opereres i det private helsevesenet, enten i Norge eller i utlandet

Sykehuset Telemark har mulighet til å tilby ca 100-200 pasienter operasjon årlig, en operasjonskapasitet det, etter min vurdering, er et stort behov for å utnytte. Det er derfor meget underlig at Helse Sør-Øst i brev den 13.03,18 til Sykehuset Telemark stadfester at ikke skal tilbys et fedmekirurgisk behandlingstilbud ved Sykehuset Telemark HF.

Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen i egen region tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester. Helse Sør-Øst skal sikre nødvendig kapasitet for kirurgisk behandling av sykelig overvekt i egen region. På samme måte har de øvrige regionale helseforetakene ansvar for å sikre tilstrekkelig kapasitet i tilbudet i sine regioner. Jeg er enig i at det er lenge å vente 2-3 år på behandling. Imidlertid fremgår det av nettstedet "Velg behandlingssted" at de aller fleste behandlingssteder har vesentlig kortere ventetider, og pasientene kan, om de ønsker det, velge behandling på et av disse. Med bakgrunn i behovsvurderinger har Helse Sør-Øst gitt oppdrag om å etablere kirurgi for sykelig overvekt til Sykehuset i Vestfold, Sørlandet sykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Vestre Viken og

Sykehuset Østfold. Det er etablert to sentra for sykkelig overvekt i regionen, ett ved Oslo universitetssykehus og ett ved Sykehuset Vestfold. Ventetiden til utredning og behandling ved Sykehuset Vestfold er blant de korteste i Helse Sør-Øst (8 uker til utredning – 12 uker til operasjon, tall fra mars 2018). Dette er i overensstemmelse med anbefalinger i prioriteringsveilederen, noe som tyder på at kapasiteten i sykehusområdet Vestfold/Telemark er tilstrekkelig. Når det gjelder kvalitetskrav til fedmekirurgi, er det som hyppigst angis at hver enkelt kirurg bør gjennomføre minst 50 inngrep pr år og at sentervolumet bør være på minst 100 inngrep pr år. I tillegg må helseforetakene ha et godt behandlingsopplegg for pasientene både før og etter fedmekirurgi. Helseforetak som har tilbud om fedmekirurgi bør også ha et pasientgrunnlag som gjør det mulig å ivareta opplæring og forskning. Basert på opplysninger fra Sykehuset Telemark vil volumene ligge under disse anbefalte minste volum. Helse Sør-Øst RHF mener det er viktig å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag til Senteret for sykkelig overvekt ved Sykehuset i Vestfold for å sikre fagutvikling, forskning og kvalitetssikring. Fagmiljøet ved Sykehuset i Vestfold har utmerket seg nasjonalt og internasjonalt som et ledende miljø når det gjelder forskning om sykkelig overvekt og kvalitetssikring av behandlingen. På denne bakgrunn har Helse Sør-Øst stadfestet overfor Sykehuset Telemark at det ikke skal tilbys kirurgi for sykkelig overvekt ved Sykehuset Telemark. Sykehuset Telemark bes om å samarbeide med Sykehuset i Vestfold om hvordan et best mulig utrednings- og behandlingstilbud til denne pasientgruppen kan ivaretas.

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1214 (2017-2018)

Innlevert: 21.03.2018 Sendt: 22.03.2018

Besvart: 04.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Når kan vi vente en avklaring på prosjektering av luftambulansbase i innlandet i Sør-Norge, og ser statsråden muligheter for reetablering av en påskebase på Hovden inntil man eventuelt har etablert en permanent luftambulansbase i innlandet i Helse Sør-Østs område?

Begrunnelse

Bykle kommune er en turistkommune med rundt 1000 innbyggere, men ved påsketider kan det være opp mot 20.000 mennesker der. Samtidig er det en innlandskommune i Sør-Norge som ligger utenfor det såkalte dekningsområdet, der man normalt må vente 45 minutter på hjelp fra luften. Dette er 15 minutter mer enn myndighetens mål, og 25 minutter mer enn det Norsk Luftambulans mener det bør være.

De siste fire årene har Norsk Luftambulans hatt påskebase på Hovden i Bykle kommune, og dekket store områder som ellers har en lang flytid fra de etablerte, permanente luftambulansbasene. I år blir det ingen base, fordi dette har hatt en betydelig kostnad. Samtidig har ordføreren i Bykle kommune gitt tilbakemelding om at man hver påske har hatt mellom 20 og 30 oppdrag og at påskebasen har bidratt til å redde liv. Basen på Hovden har også fungert som en viktig back-up for basene i Stavanger og Arendal, når de er ute på oppdrag.

I statsbudsjettet for 2017 har Stortinget bedt regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge. Helse Sør-Øst RHF meldte i november at de nå gjennomgår basestrukturen.

De har fått et særlig oppdrag i å se på en prosjektering av luftambulansbase i innlandet. I den forbindelse har Hovden gjennom mange år vært en av de aktuelle kandidatene.

Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i mai 2016 i oppdrag å gjennomgå basestruktur for luftambulansen. I Oppdragsdokumentet 2017 til Helse Sør-Øst framgår følgende: "Prosjektering av luftambulansbase i Innlandet må inngå som en del av de regionale helseforetakenes samlede gjennomgang av basestrukturen, jf. Innst. 11 S (2016-2017) om prosjektering av luftambulansbase i Innlandet. Gjennomgangen utgjør et beslutningsgrunnlag om luftambulansbase i

Innlandet. "Videre prosess for luftambulansbase Innlandet vil være avhengig av hvilke tilrådninger de regionale helseforetakene kommer med i sin gjennomgang av basestruktur. Rapport om gjennomgangen av basestruktur skal behandles i de regionale helseforetakene før den oversendes til Helse- og

omsorgsdepartementet i løpet av våren. Representant Mørland spør videre om jeg ser muligheter for reetablering av en påskebase på Hovden inntil man eventuelt har etablert en permanent luftambulansbase i Innlandet. Til det vil jeg si at det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for dimensjonering av luftambulansetjenesten slik at den sikrer forsvarlig akuttmedisinsk beredskap, og som må vurdere om det er behov for en påskebase.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:1185 (2017-2018)

Innlevert: 16.03.2018 Sendt: 19.03.2018

Besvart: 04.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Mener statsråden det er forsvarlig å overføre 17 000 innbyggere fra Vestby til Kalnes sykehus 2. mai 2018, kan han beskrive hvilke konkrete tiltak som i så fall skal iverksettes for å ivareta kvalitet- og pasientsikkerheten, samt hvilken beleggprosent de ulike avdelingene ved Kalnes sykehus har i dag og hvilken beleggprosent det planlegges for når de nye pasientene skal inkluderes?

Begrunnelse

I sin årsrapport 2018 beskriver Pasient- og brukerombudet i Østfold et økende antall henvendelser knyttet til mangler i behandlingstilbudet og "finner grunn til å uttrykke bekymring for det sykehusstilbudet Østfolds befolkning har". Ombudet skriver blant annet:

"Henvendelsene gjelder både poliklinikker og sengeposter. Lav bemanning og mangelfull kompetanse virker til å gi frustrerte helsepersonell som ikke makter å skåne pasientene for interne utfordringer." ()

"Bekymringen gjelder kapasitetsproblemer, korridorpasienter og bemanningsutfordringer – det siste spesielt på hjerte-kar avdeling hvor 50 % av pleierne har sluttet i løpet av ett år. Bekymringen knytter seg også til akuttmottaket, og fremdriften for utvidelsen av mottaket. Situasjonen er svært vanskelig, og vi hører daglig om frustrasjon fra både pasienter og pårørende, av og til også fra helsepersonell. Samhandling internt mellom avdelinger, informasjonsflyt og logistikk blir skadelidende. Vi oppfatter at det totalt sett er en betydelig fare for pasientsikkerheten som følge av de forhold som nå gjør seg gjeldende.

Situasjonen antas å tilspisse seg ytterligere når Kalnes fra 02.05.18, også skal være lokalsykehus for Vestby kommunes 17 000 innbyggere, hvilket vil bety en pasientøkning på 5-6 %. Vi vil følge utviklingen nøye, og forventer at sykehuset generelt, og kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen spesielt, jobber systematisk med forbedringsarbeid."

Svar

Bent Høie: Styret i Sykehuset behandlet risikovurdering av overføringen av pasienter fra Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus HF i sitt møte mandag 19. mars 2018 og fattet følgende enstemmige vedtak: "Under forutsetning av at de tiltakene som er fremlagt gjennomføres som planlagt og at det utarbeides planer for ytterligere tiltak som kan iverksettes hvis nødvendig, anser styret at det er forsvarlig å overføre pasienter fra Vestby den 2. mai 2018. Styret understreker viktigheten av at utforming og gjennomføring av tiltakene gjøres i tett samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte, også på avdelingsnivå. Styret ber om en konkretisering av tiltakene og status for iverksettelse av tiltak på neste styremøte 9. april 2018. Styret vil på denne bakgrunn den 9. april forsikre seg om at prosessen er forsvarlig, slik at pasientene kan overføres fra Vestby 2. mai 2018."

Styresaken er oversendt til Helse Sør-Øst, som vil vurdere risikovurderingen og gjennomgå denne i oppfølgingsmøte med Sykehuset Østfold 4. april 2018. Overføring av Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold gir en økning i sykehusets opptaksområde på 16 700 innbyggere.

Basert på innbyggerne i Vestby sitt faktiske forbruk av spesialisthelsetjenester på Akershus universitetssykehus, forventes det 5-6 pasienter til det somatiske akuttmottaket på Kalnes i døgnet og et behov for 11 til 15 somatiske senger. I tillegg kommer polikliniske konsultasjoner, operasjonsvirksomhet, prehospitaltjenester og andre somatiske tjenester. Den største endringen vil skje for de lokale tjenestene innen psykisk helsevern i Moss.

I 2018 er det beregnet en aktivitetsvekst i Sykehuset Østfold på 4,58 pst. inkludert innfasing av Vestby og vekst i eget opptaksområde. Det planlegges for et sengebelegg på 90 pst.

Helse Sør-Øst opplyser at valg av tidspunkt for overføringen har sin bakgrunn i at starten av mai normalt er en periode med noe mindre pågang av pasienter enn om vinteren, og det er fortsatt noe tid for sommerferieavvikling begynner. I tillegg opplyses det at pasienter i et pågående forløp stort sett vil bli behandlet ferdig på Akershus universitetssykehus. Det er dermed ikke forventet at overføringen gir full effekt fra første dag.

Handlingsplan og risikoanalyser er lagt ut i sin helhet på Sykehuset Østfold og Akershus universitetsklinikks felles nettside for overføringen: www.sykehuset-ostfold.no/vestby
Jeg viser ellers til svar på spørsmål nr. 1167 fra representanten Ole André Myhrvold.

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1180 (2017-2018)

Innlevert: 16.03.2018 Sendt: 16.03.2018

Besvart: 03.04.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Hvordan ser statsråden for seg at man gjennom Utviklingsplan 2035 vil utvikle sykehusene i Arendal og Flekkefjord framover, og kan han garantere at man ikke vil miste funksjoner ved disse sykehusene som følge av at det gjøres nødvendige investeringer i nye bygg og utstyr i Kristiansand?

Begrunnelse

Sørlandet sykehus har fram til 1.mars hatt sitt forslag til ny utviklingsplan ute på høring. I forslaget fremgår det at man har store planer for sykehuset i Kristiansand, med ferdigstillelse av nybygget for psykisk helse, nytt akuttmottak og nye lokaliteter for intensiv. For sykehusene i Arendal og Flekkefjord er det vanskeligere å se hvilke visjoner man har for å utvikle disse sykehusene videre. Tvert i mot skrives det på side 63 i planen at «Høyspesialiserte funksjoner og behandlingstilbud som krever samarbeid mellom mange fagområder, vil i hovedsak være sentralisert til sykehuset i Kristiansand.» Dette på tross av at både Kristiansand og Arendal i Nasjonal helse- og sykehusplan er definert som store akuttpsykehus, og at Flekkefjord er definert som et akuttpsykehus.

Da det i oktober 2016 ble gitt klarsignal for nytt psykiatribygg i Kristiansand, fikk det også den konsekvens at tilbud i Arendal vil bli nedlagt, noe også Sørlandet sykehus skriver i sin Utviklingsplan på s. 31:

«Det skal erstatte eksisterende, gamle psykiatribygg på Eg samt ungdomsklinikken i Arendal.»

Det er ingen tvil om at det er behov for betydelige løft for sykehuset i Kristiansand, men når nødvendige satsinger i Kristiansand brukes til å legge ned tilbud ved andre sykehus i landsdelen, medfører det naturligvis stor bekymring i disse områdene. Når man ser hva konsekvensene for tilbudet i Arendal ble som følge av at man bygger et nytt psykiatribygg i Kristiansand, gir det grunnlag for at det kan oppstå en uro rundt at byggingen av et nytt akuttmottak i Kristiansand, vil kunne bli gjennomført på en slik måte at man samtidig svekker grunnlaget for å opprettholde akuttmottakene i Arendal og Flekkefjord. Det er også viktig at man erkjenner de utviklings- og investeringsbehov som er ved sykehusene i Arendal og Flekkefjord, og at dette kommer tydelig fram i Utviklingsplanen.

Svar

Bent Høie: Sørlandet sykehus HF arbeider med utviklingsplanen – Utviklingsplan 2035 – for helseforetaket. Planen er sent på høring og skal behandles i helseforetakets styre den 12. april 2018. I følge sykehusets fremdriftsplan, skal planen oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. april 2018. Veilederen for utviklingsplaner, som er styrebehandlet i de fire regionale helseforetakene, skal følges.

Helse Sør-Øst RHF har informert meg om at de, slik veilederen krever, har hatt dialogmøter med Sørlandet sykehus HF underveis i arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har i sine tilbakemeldinger til Sørlandet sykehus HF lagt vekt på at utviklingsplanen må legge til grunn at det skal være akuttfunksjoner ved sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, samt at den skal omhandle planer for utvikling av alle de tre sykehusene med en klar profil for alle lokalisasjonene. Videre har Helse Sør-Øst RHF vektlagt at kapasiteten ved alle lokalisasjonene må utnyttes

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1179 (2017-2018)

Innlevert: 16.03.2018 Sendt: 16.03.2018

Besvart: 23.03.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Er statsråden enig i at en lokalisering av behandlingen for akutt hjerneslag (trombolyse / mekanisk trombektomi) i Arendal vil kunne ha gjensidig positive effekter med PCI-senteret (hjertesenteret), og at man vil få et økt pasientgrunnlag ved at både Agders og Telemarks befolkning vil kunne nyte godt av et slikt tilbud?

Begrunnelse

Dagens Medisin kunne 22.februar i år fortelle at ti ganger flere slagpasienter i Rogaland enn i Agder fikk trombektomi. Mens antallet i 2017 var 40 pasienter i Rogaland som fikk denne hjelpen, var tallet bare 4 i Agder. «Vi er langt unna et likeverdig tilbud», uttalte Arnstein Tveiten, seksjonsoverlege ved slagenheten på Sørlandet sykehus til Dagens Medisin.

Sørlandet sykehus la 26.september i fjor ut en sak på sine hjemmesider om at Helse Sør-Øst har utsatt avgjørelsen om hvilke sykehus som får tilby trombektomi-behandling. I den forbindelse uttalte fagdirektør Per Enstrand at

«Sørlandet sykehus kan gi et trombektomi-tilbud i løpet av kort tid, og håper på en snarlig utredning og beslutning slik at pasientene det gjelder får dette viktige tilbudet.»

I et skriftlig svar på et spørsmål fra stortingsrepresentant Ingunn Foss 9.mars 2018 sier helseministeren at «Helse Sør-Øst RHF opplyser avslutningsvis at arbeidet med å utrede utbredelsen av behandlingstilbudet med mekanisk trombektomi gis høy prioritet og forventes ferdigstilt i løpet av første halvdel av 2018.»

Agderposten hadde 7.september 2017 et oppslag fra sykehuset i Arendal, der hjertelegene ved PCI-senteret argumenterer for at akutt hjerneslag bør behandles der. I tillegg til at hjertelegene vil kunne bidra i behandlingen av hjerneslag, vil en lokalisering i Arendal kunne gi et større nedslagsfelt ettersom man i tillegg til hele Agder vil kunne gi et tilbud til befolkningen i Telemark. Stortingsrepresentant Kjell Ingolf Ropstad fra KrF, som er en del av regjeringens parlamentariske grunnlag, uttalte i den forbindelse at han mener Arendal er den eneste riktige plasseringen av et slikt nytt slagtilbud på Sørlandet.

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mitt svar av 9. mars 2018 på spørsmål 1054 til skriftlig besvarelse fra representanten Ingunn Foss. I svaret framgår det at det pågår et utredningsarbeid for innføring av mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst RHF, med sikte på å etablere flere sentra. Arbeidet skal ferdigstilles i løpet av våren 2018. Helse Sør-Øst RHF opplyser at alle helseforetak er representert i arbeidet og er blitt konsultert. Helse Sør-Øst RHF vil legge vekt på å utvikle en modell med sykehus i nettverk, som bidrar til likeverdig behandling av pasienter med hjerneslag.

Spørsmålet fra representant Mørland griper inn i den pågående utredningen i Helse Sør-Øst RHF, hvor det ennå ikke er konkludert. Helse Sør-Øst RHF opplyser i et innspill i sakens anledning at hjerteleger vil kunne gi viktige bidrag i oppfølgingen av pasienter ved hjerneslag for å avklare om det foreligger en hjertesykdom eller hjerterytmeforstyrrelse, men i akuttfasen er det nødvendig med kompetanse i nevrologi/slagmedisin. Utredningsarbeidet i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn metodevurderingen «Mekanisk trombektomi ved akutt Hjerneinfarkt» (2016) fra Folkehelseinstituttet, som understreker at mekanisk trombektomi ved hjerneslag utføres av «nevrointervensjonsradiolog eller intervensjonsradiolog med nødvendig erfaring». I en helhetlig løsning for regionen vil Helse Sør-Øst RHF måtte vurdere faglige forutsetninger, befolkningsgrunnlag og antall prosedyrer ved hvert senter, reiseavstander og tilgjengelighet.

Skriftlig spørsmål fra Ole André Myhrvold (Sp) til helseministeren**Dokument nr. 15:1167 (2017-2018)****Innlevert: 15.03.2018 Sendt: 16.03.2018****Besvart: 23.03.2018 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Ole André Myhrvold (Sp): Mener statsråden at Pasient- og brukerombudets situasjonsbeskrivelse av tilstanden ved Sykehuset Østfold som "(...) betydelig fare for pasientsikkerheten." gir et riktig bilde av situasjonen ved sykehuset, og hva vil statsråden gjøre for å forsikre seg om at det er forsvarlig drift ved sykehuset?

Begrunnelse

I sin årsmelding for 2017 skriver Pasient- og brukerombudet ved Sykehuset Østfold at "Vi oppfatter at det er en betydelig fare for pasientsikkerheten". I mai skal Vestbys 17 000 innbyggere få Kalnes som sitt lokalsykehus i tillegg de eksisterende pasientgruppene.

I vinter har det kommet flere alarmerende rapporter fra blant Sykepleierforbundet om arbeidsforholdene og uvanlig høyt antall korridorpasienter.

Svar

Bent Høie: Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. For å skape pasientens helsetjeneste må vi også være åpne om utfordringer. Jeg ønsker en bred og åpen diskusjon om forbedringspotensialet i helsetjenesten. Det er bakgrunnen for at vi hvert år legger fram en årlig stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet hvor vi blant annet oppsummerer erfaringene fra pasient- og brukerombudene.

Pasient- og brukerombudet i Østfold peker i årlig melding for 2017 på kapasitetsproblemer, korridorpasienter og bemanningsutfordringer i Sykehuset Østfold. Bekymringen knytter seg også til akuttmottaket. Ifølge Pasient- og brukerombudet antas situasjonen å tilspisse seg ytterligere når Sykehuset Østfold fra 2. mai 2018 også skal være lokalsykehus for Vestby kommunes innbyggere.

Jeg viser til mine tidligere svar, både skriftlig og muntlig, hvor jeg har redegjort for utfordringene ved Sykehuset Østfold og tiltak for å forbedre situasjonen. Som det framgår av mitt svar av 22. februar på spørsmål 935 fra representant Siv Henriette Jacobsen, innhentet Helse Sør-Øst RHF i midten av januar en redegjørelse fra Sykehuset Østfold om utfordringer og tiltak for å forbedre situasjonen med korridorpasienter på kort og lang sikt. På kort sikt har det handlet om å håndtere situasjonen knyttet til influensautbruddet, blant annet ved å øke bemanningen på akuttmottaket, på døgnavdelinger og på laboratoriet som analyserer influensaprøver. På lengre sikt handler det om å forebygge innleggelser på sykehuset, blant annet ved å bedre samhandlingen med fastleger og primærhelsetjenesten. Et nytt prosjekt vil styrke oppfølgingen av kronikere utenfor sykehuset og forebygge innleggelser gjennom tidlig intervensjon. Sykehuset ser på måter å redusere liggetiden og på den måten frigjøre kapasitet. Det jobbes også tett med kommunene om rask utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet på sykehuset.

Jeg viser videre til mitt svar av 9. mars på spørsmål 1069 fra representant Tuva Moflag om overføring av Vestby kommune til Sykehuset Østfold. Som det framgår av svaret, ba styret i Sykehuset Østfold om en fornyet risikovurdering av kapasitet og forhold rundt akuttmottaket. Saken ble behandlet på et ekstraordinært styremøte 19. mars. Det framgår av sakspapirene at det totale risikobildet for mottak av pasienter fra Vestby er redusert. Under forutsetning av at de tiltakene som er framlagt gjennomføres som planlagt og at det utarbeides planer for ytterligere tiltak som kan iverksettes hvis nødvendig, anser styret at det er forsvarlig å overføre pasienter fra Vestby den 2. mai 2018. Styret ba også om en konkretisering av tiltakene og status for iverksettelse av tiltak på neste styremøte 9. april 2018. Styret vil på denne bakgrunn den 9. april forsikre seg om at prosessen er forsvarlig, slik at pasientene kan overføres fra Vestby 2. mai 2018. Saken er oversendt til Helse Sør-Øst som vil vurdere risikovurderingen og gjennomgå denne i oppfølgingsmøte med Sykehuset Østfold 4. april 2018.

Jeg legger til grunn at Sykehuset Østfold setter i verk tiltak for å sikre at aktiviteten planlegges i henhold til pasientenes behov. Jeg har som nevnt mottatt redegjørelse fra Helse Sør-Øst RHF om hvilke tiltak Sykehuset Østfold har satt i verk for å forbedre situasjonen med korridorpasienter og for å forbedre kapasiteten i forbindelse med overføringen av Vestby kommune. Situasjonen ved Sykehuset Østfold vil for øvrig bli fulgt opp i styringsdialogen med Helse Sør-Øst RHF.

Skriftlig spørsmål fra Olaug V. Bollestad (KrF) til helseministeren**Dokument nr. 15:1166 (2017-2018)****Innlevert: 15.03.2018 Sendt: 16.03.2018****Besvart: 22.03.2018 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Olaug V. Bollestad (KrF): Helse Sør-Øst har foreslått å fase ut bruk av private avtalespesialister, særlig kan dette gjelde innen fagene anesthesiologi/smertemedisin, ortopedi, generell indremedisin, fysikalsk medisin og generell kirurgi.

Hvordan vil statsråden oppfylle intensjonen i regjeringens plattform av 14. januar 2018 for å øke bruken av avtalespesialister i Norge?

Begrunnelse

Hvis Helse Sør-Øst sine forslag i den regionale høringsplan for avtalespesialister vinner fram, vil dette særlig ramme hardes smertepasienter som oftest er kvinner og ortopediske pasienter som oftest eldre mennesker. Behandlingstilbud utover sykehusbehandling og fastlegetilbud vil forsvinne, og bortfall av behandlingstilbud vil ofte tvinge flere ut av arbeidslivet. Dette skjer ofte med kroniske smertepasienter hvor kjøp av private helsetjenester er lite aktuelt.

For avtalespesialistene vil usikkerheten skape problemer særlig når legepraksis skal videreføres, og ved opplæring av ansatte og innkjøp av utstyr.

Svar

Bent Høie: Det er ikke riktig at Helse Sør-Øst har "foreslått å fase ut private avtalespesialister". I Helse Sør-Øst foregår det et systematisk planarbeid som skal underbygge avtalespesialistenes rolle i spesialisthelsetjenesten for mange år fremover.

Regjeringen er tydelig på at den vil øke antallet avtalespesialister. Dette ble fastslått i Sundvolden-plattformen i 2013 og ble gjentatt i Jeløya-plattformen i forbindelse med regjeringens utvidelsen i januar. Vi har vært tydelige på dette budskapet i styringen av de regionale helseforetakene, og ba i foretaksmøtene i januar med de regionale helseforetakene om at det skal inngås flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2018 blir høyere enn i 2017.

Nye rammeavtaler mellom de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene ble virksomme fra 2016. Avtalene vektlegger samarbeid mellom sykehusene og avtalespesialistene, slik at pasientene skal få en bedre helsetjeneste. For å få dette til er det nå inngått samarbeidsavtaler mellom sykehusene og stort sett alle landets avtalespesialister.

I rammeavtalene er det også bestemt at de regionale helseforetakene skal utarbeide og beslutte regionale planer for utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Det er også slått fast at profesjonsforeningene skal medvirke i utarbeidelsen av disse planene. Helse Sør-Øst har på dette grunnlaget gjennomført en grundig prosess og utarbeidet et utkast til regional plan for avtalespesialistområdet. Utkastet har vært på en bred høring og planen er at den skal behandles av styret i Helse-Sør-Øst i løpet av våren.

Helsetjenestene endrer seg raskt bl.a. som følge av medisinsk faglig og teknisk innovasjon, befolkningens sammensetning og sykkelighet og etterspørsel av helsetjenester. Samtidig foregår ofte inngåelsen av en driftsavtale i et 30-årig perspektiv. Fordelingen av avtalespesialister i Helse Sør-Øst er for en stor del fremdeles preget av vurderinger som ble gjort av den enkelte fylkeskommune i perioden før sykehusreformen. I et regionalt perspektiv er det derfor litt tilfeldig hvor avtalepraksisene er plassert, både geografisk og innen de forskjellige spesialiteter. I tråd med de oppdrag som er gitt til Helse Sør-Øst om å øke bruken av avtalespesialister er det derfor viktig at foretaket gjør en grundig vurdering av både hvor det er behov for flere avtalespesialister og også innen hvilke spesialiteter. Helse Sør-Øst har i utkast til regional plan forsøkt å ta hensyn til den betydelige langsiktigheten som ligger i å opprette nye eller videreføre eksisterende driftsavtaler. I utkastet til regional plan pekes det på en retning for videreutvikling av avtalespesialistordningen i årene fremover, herunder hvordan utviklingen bør være innenfor de forskjellige spesialitetene. Planen vil på denne måten også skape forutsigbarhet for de involverte partene.

I utkast til den regionale planen anbefales det bl.a. en økning av antallet driftsavtaler innenfor øyesykdommer, hudsykdommer, urologi, nevrologi og fysikalsk medisin. Dette er områder hvor det er et økende behov og etterspørsel. Innenfor andre spesialiteter anbefales det en motsatt utvikling. Dette dreier seg om radiologi, plastikk-kirurgi, ortopedi, smertemedisin, generell indremedisin og generell kirurgi. Noen av disse spesialitetene er veldig små i avtalepraksis, andre er under omlegging i

forbindelse med spesialistutdanningen og noe følger av faglig utvikling og vurderinger. Begrunnelsen for anbefalingene ligger i utkastet til regional plan. Neste stasjon for planutkastet er styrebehandling i Helse Sør-Øst.

Stortinget slo fast gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som gjennomføres av avtalespesialistene skal være underlagt disse prinsippene. Avtalespesialistene har imidlertid ikke anledning til å tildele pasientrettigheter per i dag. I Prop. 1 S (2017-2018) ble det varslet at det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av stortingsperioden. I denne forbindelse ble de regionale helseforetakene i foretaksmøtene i januar bedt om å planlegge og iverksette pilotprosjekter. Foretakene ble samtidig bedt om, sammen med Den norske legeforening, å foreslå en utvidelse av ISF-ordningen for avtalespesialistene.

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helseministeren

Dokument nr. 15:1139 (2017-2018)

Innlevert: 09.03.2018 Sendt: 12.03.2018

Besvart: 20.03.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): I Spania får nå alle som trenger det Spinraza. I Norge får kun de under 19 år tilbud om Spinraza. SV har fremmet forslag om å bruke TRIPS-avtalen for å tvangslisensiere legemiddelet så alle som trenger det kan få.

Kan statsråden gi informasjon om hvor vi er i forhandlinger om at flere skal få Spinraza?

Svar

Bent Høie: Beslutningsforum fattet vedtak om bruk av Spinraza i et ekstraordinært møte 12. februar 2018. Beslutningen er tatt med visse forutsetninger, blant annet at det tas i bruk til behandling av barn mellom 0 og 18 år.

Beslutningsforum skriver selv at Spinraza har vært den vanskeligste saken de noensinne har behandlet.

Legemidlet hadde en svært høy pris, men etter lange forhandlinger mellom leverandøren og Sykehusinnkjøp HF fikk Beslutningsforum for nye metoder framlagt et forslag som de kunne si ja til.

Beslutningsforum fatter sine vedtak på bakgrunn av en metodevurdering utarbeidet av Statens legemiddelverk og en pris som er framforhandlet av Sykehusinnkjøp HF. Prisen som leverandør Biogen tilbyr er i henhold til Beslutningsforum fortsatt svært høy. Det er en helhetlig vurdering av prioriteringskriteriene, herunder klinisk dokumentasjon og pris, som ligger til grunn for beslutninger om innføring av nye metoder i Beslutningsforum. Stortinget sluttet seg til prioriteringskriteriene i Innst. 57 S (2016-2017) ved behandling av Meld. St. 34 (2015-2016).

I beslutningen som ble fattet 12. februar d.å. står det at ordningen skal evalueres etter seks måneder. Det skal da være nye forhandlinger basert på data fra medisinske kvalitetsregister. Det står også at om mulig skal forhandlingene gjennomføres sammen med andre land og man skal være sikret en pris.

Jeg har gitt et utførlig svar på Dokument 8:138 S (2017-2018) om muligheten for å bruke TRIPS-avtalen for å tvangslisensiere legemiddelet. I svaret mitt konkluderte jeg med at jeg fraråder at det fattes vedtak i samsvar med representantforslaget i Dokument 8:138 S (2017-2018). Et vedtak om tvangslisens vil i praksis ikke være til nytte, da man må ha en aktør som kan forestå den fysiske produksjonen av legemiddelet. Per i dag eksisterer det ingen andre enn Biogen som kan produsere Spinraza. I tillegg må det legges fram dokumentasjon i henhold til EØS-regelverket, for å dokumentere legemidlets kvalitet, sikkerhet og effekt. Et slikt arbeid krever at det gjennomføres kliniske studier og det krever tid og ressurser og det er lite trolig at det fins aktører som er villige til å ta på seg den jobben.

Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helseministeren**Dokument nr. 15:1092 (2017-2018)****Innlevert: 06.03.2018 Sendt: 06.03.2018****Besvart: 16.03.2018 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Ingvild Kjerkol (A): Hvilke vurderinger ligger til grunn for opprettelsen og sammensetningen av en ny arbeidsgruppe som skal utrede videre anbefalingene i rapporten «Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn» og hvordan vil statsråden følge opp de anbefalingene som et flertall stod bak i rapporten utover å sette ned et nytt utvalg?

Begrunnelse

Denne uken mottok jeg et brev fra bekymrede foreldre vedrørende oppfølgingen av anbefalingene fra rapporten «Rett til Kjønn- Helse til alle kjønn». Etter det de er kjent med er det nylig opprettet en gruppe som igjen skal vurdere de anbefalingene ekspertgruppen utredet og beskrev grundig i rapporten fra 2015. Foreldrene opplever at brukerperspektivet ikke er godt nok ivaretatt i arbeidsgruppen og at lavterskeltilbud og relevante kunnskapsmiljø også burde vært representert i arbeidsgruppen. Helsestasjon for kjønn og seksualitet som siden 2002 daglig jobbet med å følge opp og hjelpe unge personer med kjønnsdysfori, uttrykker også bekymring for at anbefalingene fra Ekspertgruppen nå ikke vil følges opp.

Svar

Bent Høie: Det er i dag mange pasienter som står uten et adekvat behandlingstilbud for sine kjønnsidentitetsutfordringer. Dette ble tydelig slått fast i ekspertgruppens rapport, som Kjerkol viser til, og senere bekreftet i den påfølgende høringen av rapporten. Det var bred oppslutning blant høringsinstansene om nødvendigheten av endringer slik at flere kan få hjelp tilpasset sine individuelle behov.

Etter den nevnte høringen ble det igangsatt en todelt oppfølging fra departementets side: Dialog med Helse Sør-Øst om hvordan spesialisthelsetjenesten skulle gå frem med å følge opp ekspertgruppens anbefalinger innenfor rammen av helseforetakenes sørge-for-ansvar, og dialog med Helsedirektoratet om hvordan de av anbefalingene som berører deres faglig normerende myndighetsfunksjon skulle svares ut. Resultatet av dette ble at Helse Sør-Øst i 2017 nedsatte en arbeidsgruppe for å utrede og foreslå funksjonsfordeling innenfor spesialisthelsetilbudet. Samme år startet Helsedirektoratet sitt arbeid med nasjonale faglige anbefalinger/faglig normerende produkt for behandling av kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori, jf. oppdrag fra departementet i tildelingsbrevet til direktoratet for 2017.

De to løpene er tematisk sammenknyttet og det er samarbeid mellom Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet om begge arbeider.

På representanten Kjerkols spørsmål om hvilke vurderinger som ligger til grunn for opprettelsen og sammensetningen av arbeidsgruppen, er det Helse Sør-Øst som står nærmest til å svare på dette. Helse- og omsorgsdepartementet har innhentet informasjon fra Helse Sør-Øst som opplyser at arbeidsgruppen som ble opprettet i fjor ble utvidet med representanter fra brukerorganisasjonene, de øvrige regionale helseforetakene og behandlere utenfor den nasjonale behandlingstjenesten. Det regionale helseforetaket vurderer at kompetansen og erfaringen i arbeidsgruppen har vært dekkende for å kunne foreslå en funksjonsfordeling mellom den nasjonale behandlingstjenesten og de regionale behandlingstilbudene, samt foreslå regionale utrednings- og oppfølgingsforløp for pasienter som ikke oppfyller kriterier for behandling ved Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS). Videre fremgår det at arbeidsgruppen 6. mars i år avleverte sin rapport til Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst opplyser at rapporten viser at det ikke er enighet på området og vurderer nå videre oppfølging av rapporten. Etter planen vil et notat, basert på rapporten, bli sendt på høring med tentativ frist ultimo mai. Endelig rapport skal etter planen behandles i Helse Sør-Øst i juni og legges frem for interregionalt fagdirektørmøte i august. Jeg er svært opptatt av fremdriften i utviklingsarbeidet og endringene som må skje i alle deler av helsetjenestene slik at personer med kjønnsidentitetsutfordringer får den hjelpen de har krav på. Jeg forventer at et forbedret tilbud kommer på plass så snart det lar seg gjøre. Videre tar jeg på alvor

tilbakemeldingene om ivaretagelse av brukerperspektivet og involvering av brukere og pårørende i dette arbeidet. Departementet vil derfor følge opp begge deler i styringsdialogen med Helse Sør-Øst og de andre regionale helseforetakene.

Skriftlig spørsmål fra Bjørnar Moxnes (R) til helseministeren

Dokument nr. 15:1077 (2017-2018)

Innlevert: 02.03.2018 Sendt: 02.03.2018

Besvart: 09.03.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Bjørnar Moxnes (R): 12.02.2018 avgjorde Beslutningsforum at Norge kun skal tilby Spinraza for SMA-pasienter under 18 år.

Hvordan vurderer helseministeren denne beslutningen i forhold til prinsippet Beslutningsforum jobber etter om aldersnøytralitet, og mener ministeren beslutningen er i tråd med Prioriteringsmeldingen, der det fastslås at «Skal en behandling tas i bruk så skal den tilbys alle som har nytte av den»?

Begrunnelse

Våren 2016 vedtok Stortinget Prioriteringsmeldingen «Verdier i pasientens helsetjeneste». Meldingen slår fast at tiltak skal vurderes ut prioriteringskriteriene nytte, ressurs, og alvorlighet. Kriteriene skal vurderes samlet og de skal veies mot hverandre. Kriteriene skal gjelde bredt, både i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden, og for fastlegens samhandling med spesialisthelsetjenesten. I meldingen ble ikke alder definert som et eget kriterium, og det skal derfor ikke være grunnlag for prioritering.

For å kunne prioritere etter disse kriteriene kreves det god dokumentasjon på behandlingens effekt, kostnader ved behandlingen og analyser som sier noe om hvor mye behandlingen vil frigjøre andre behandlingsressurser i helsetjenesten. Som hovedregel skal stor usikkerhet ved dokumentert effekt ha lavere prioritet. Meldingen slår også fast at personer med sjeldne sykdommer skal ivaretas særskilt. I lik prioriteringen av Spinraza til SMA-pasienter under 18 år ble kommunisert fra Beslutningsforum, ble ikke Spinraza tildelt på bakgrunn av faktisk medisinsk nytte og effekt for den personen det gjaldt, men etter pasientens fødselsdato.

Det er bakgrunnen for at vi stiller spørsmål ved om beslutningen er i tråd med Prioriteringsmeldingen.

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mitt svar på spørsmål nr. 962 til skriftlig besvarelse:

"Prioriteringsmeldingen slo fast at alder ikke er et selvstendig prioriteringskriterium. Meldingen slo samtidig fast at "Alder kan blant annet være relevant hvis den har betydning for risikoen ved eller effekten av den medisinske behandlingen. Alder kan også si noe om risikoen for ulike tilstander og om hvor alvorlig en tilstand kan forventes å bli."

Meldingen slo videre fast at det som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering. Både metodevurderinger og skjønsmessige vurderinger, bl.a. av kvaliteten på dokumentasjonen og budsjettkonsekvensene, inngår i totalvurderingen av et tiltak. En slik totalvurdering vil kunne gi opphav til beslutninger om innføring som omfatter deler av en større pasientgruppe, bl.a. basert på vurderinger av dokumentert effekt. Det er de regionale helseforetakene sitt ansvar å fastsette ev. slike vilkår for bruk av et legemiddel."

Skriftlig spørsmål fra Ingunn Foss (H) til helseministeren**Dokument nr. 15:1054 (2017-2018)****Innlevert: 28.02.2018 Sendt: 01.03.2018****Besvart: 09.03.2018 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Ingunn Foss (H): Hva vil helseministeren gjøre for å sørge for at pasienter på Sørlandet får like god behandling ved hjerneinfarkt som andre steder i landet

Begrunnelse

Fædrelandsvennen har i flere artikler og også på lederplass satt fokus på at det er bosted som avgjør hvor god behandling du får ved et hjerneinfarkt. Det sies at vi som bor i Agder får dårligere behandling enn folk som bor på Østlandet eller i Stavangerområdet. Ifølge Fædrelandsvennen har flere pasienter fått alvorlige skader fordi Sørlandet sykehus ikke får bruke denne behandlingsformen på tross av at Sørlandet Sykehus har bedt om å få dette tilbudet. Hvis dette stemmer er det uakseptabelt og må gjøres noe med!

Svar

Bent Høie: Vi har en god slagbehandling i Norge, og vi har gode resultater for overlevelse etter hjerneslag når vi sammenlikner oss internasjonalt. Det viser tall fra OECD. Samtidig kan vi fortsatt bli bedre ved at flere pasienter kommer raskt til sykehus og får akutt slagbehandling – som f.eks trombolyse (blodproppopløsende behandling) eller mekanisk trombektomi (blodproppen fiskes ut med et kateter via lysken).

Helse- og omsorgsdepartementet har innhentet innspill fra Helse Sør-Øst RHF om den akutte slagbehandlingen på Sørlandet sykehus, og om arbeidet med å utrede trombektomitilbudet i regionen som helhet.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at det vil være mellom 275 og 385 pasienter hvert år som er aktuelle for mekanisk trombektomi i regionen. Behandlingen egner seg der hvor det er blodpropper i større kar i hjernen og hvor man kommer til behandling innen 6 timer etter slagsymptomene startet. Nyere studier har vist at man også kan ha nytte av behandlingen selv etter 6 timer, og antall personer som er aktuelle for behandlingen forventes derfor å øke. Oslo universitetssykehus HF er per i dag det eneste sykehuset som tilbyr mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst RHF.

Slagbehandlingen på Sørlandet sykehus HF (SSHF) er organisert med et Slagsenter og sykehus i nettverk, hvor neurologisk avdeling i Kristiansand har systemansvar for all slagbehandling i Agder. I Kristiansand har neurologisk avdeling ansvar for all slagbehandling hele døgnet. Avdelingen har tilstedevakt og overlege i bakvakt. Arendal har neurolog på dagtid ukedager, ellers medisinsk vakt. Flekkefjord har medisinsk vakt hele døgnet.

SSHF kommer godt ut på kvalitetsindikatorerne i Norsk Hjerneslagregister og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Helse Sør-Øst RHF opplyser at andelen som er uavhengige av hjelp fra andre ved tremånederskontroll etter slaget er 83%. Gjennomsnittet for landet er 78%. Tall fra Helsenorge.no viser at SSHF har en trombolyseandel på 22,9%. Det er ifølge Helse Sør-Øst RHF høyere enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst RHF og landsgjennomsnittet, og oppfyller målet i oppdragsdokumentet for 2018 (målet er minst 20 %).

Per i dag har alle sykehus i Helse Sør-Øst RHF avtale med Oslo universitetssykehus HF om å ta kontakt med dem så raskt som mulig for drøfting, og deretter transportere de pasienter som trenger det raskest mulig dit. Sørlandet sykehus HF opplyser at det i snitt blir tre timer eller mer forsinkelse for pasienter fra Sørlandet, og at noen pasienter i Flekkefjord har vært transportert til Stavanger. SSHF opplyser at de har meldt ni avvikssaker som har sammenheng med mekanisk trombektomi. Sakene omhandler i all hovedsak forsinkelser som er knyttet til lang reisevei. I noen tilfeller er behandling gjort med forsinkelse. I andre tilfeller ble det ikke gjort behandling fordi det var gått for lang tid.

Når det gjelder organisering av trombektomitilbudet i helseregionene, viser jeg til Beslutningsforums vedtak i april 2017 om mekanisk trombektomi til behandling av akutt hjerneinfarkt. Beslutningsforum kom med tre vedtakspunkter:

1. Mekanisk trombektomi kan videreføres til behandling ved truende eller manifest hjerneslag.
2. Hver helseregion skal som følge av dette utrede organiseringen av hjerneslagbehandlingen og den prehospitaltjenesten for å ivareta sitt «sørge-for»-ansvar.

3. Helseregionene skal etter en slik gjennomgang, som er anbefalt i punkt 2, samordne føringer for tilbud om mekanisk trombektomi slik at det er felles førende prinsipper på tvers av regionene.

Antall pasienter som er aktuelle for trombektomi er begrenset, og det er derfor ikke aktuelt at alle sykehusene tilbyr mekanisk trombektomi, opplyser Helse Sør-Øst RHF. Videre opplyser Helse Sør-Øst RHF at arbeidet med å utrede hvilke helseforetak som skal utføre trombektomi, i tillegg til Oslo universitetssykehus HF, startet i 2017. Arbeidet er strukturert i fire faser:

1. Utrede faglige kriterier for trombektomivirksomhet med tanke på nødvendig befolkningsgrunnlag, faglige forutsetninger for trombektomivirksomhet, faglige avhengigheter til ulike fagområder, kompetansebehov, utstysbehov og tilgjengelighet.

2. Ekstern faggruppe gir en anbefaling om lokalisasjon(er) av mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst på kort og lang sikt.

3. På bakgrunn av anbefalingene fra fase 2, vurdere hvordan den prehospitaltjenesten kan organiseres og hvordan pre- og intrahospitale tjenester må samhandle.

4. På bakgrunn av utredningen og anbefalingene fra fase 1, 2 og 3 utarbeider en redaksjonsgruppe en samlet anbefaling om en fremtidig organisering av mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst på kort og lang sikt.

Fase 1 er nå avsluttet og det foreligger en delrapport hvor det er konsensus om faglige avhengigheter med hensyn til fagområder, kompetanse- og utstysbehov. Fase 2 er godt i gang med involvering av fagpersoner fra øvrige regioner, som vil gi anbefalinger om mulige lokalisasjoner. Involveringen av representanter fra de øvrige regionene skal i tillegg sikre felles førende prinsipper på tvers av regionene. Helse Sør-Øst RHF utreder modeller som bygger på prinsippet om «sykehus i nettverk», og som sikrer at alle pasienter i regionen kan få et likeverdig tilbud og bli raskt vurdert for behandling med trombolyse og mekanisk trombektomi. Helse Sør-Øst RHF anser det som viktig å utvikle en god og dekkende modell for regionen som helhet, ettersom ikke alle helseforetak i Helse Sør-Øst RHF kan tilby denne behandlingen. Helse Sør-Øst RHF opplyser avslutningsvis at arbeidet med å utrede utbredelsen av behandlingstilbudet med mekanisk trombektomi gis høy prioritet og forventes ferdigstilt i løpet av første halvdel av 2018. Avslutningsvis nevner jeg også at Helsedirektoratet har laget pakkeforløp for akutfasen av hjerneslag, som ble implementert i desember 2017. Pakkeforløpene skal sikre riktig behandling til riktig tid, og skaper forutsigbarhet og trygghet for pasientene. Det bidrar til likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av bosted. Helsedirektoratet jobber nå med å utvikle pakkeforløp for rehabilitering etter hjerneslag.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/?tab=Answerer&mid=HODH&page=1#list>